

# **TRABAJO FIN DE GRADO**

## **RECUPERACIÓN SOCIAL Y FUNCIONAL EN ESQUIZOFRENIA**

## **SOCIAL AND FUNCTIONAL RECOVERY IN SCHIZOPHRENIA**

**Autora:**

**Eva Broto Gabaldà**

**Directora:**

**María Marzo Moles**

**Universidad de Ciencias de la Salud de Zaragoza**

**2.019**

## INDICE

Índice.....	1
Resumen.....	2-3
1.Introducción.....	4-7
2.Objetivos.....	8
3.Metodología.....	9
4.Desarrollo.....	10-21
4.1 Objetivos del programa.....	10
4.2 Diagnósticos de Enfermería.....	10
4.3 Población diana.....	10
4.4 Recursos .....	11
4.5 Estrategias.....	12
4.6 Actividades.....	13-20
4.6.1 Psicoeducación.....	13
4.6.2 Intervención familiar.....	14
4.6.3 Manejo de la ansiedad.....	15
4.6.4 Musicoterapia.....	16
4.6.5 Entrenamiento en habilidades sociales.....	17-19
4.6.6 Rehabilitación cognitiva.....	20
4.7 Cronograma.....	21
5.Evaluación.....	22
6.Conclusiones.....	23
7.Bibliografía.....	24-27
8.Anexos.....	28-39

## **RESUMEN**

Las personas que padecen un trastorno mental grave, como es el caso de la esquizofrenia, son susceptibles de padecer una gran variedad de alteraciones emocionales, conductuales y funcionales, cuyas repercusiones pueden alcanzar cualquier área vital del ser humano, como son el plano social, familiar, académico o laboral.

El estigma que gira alrededor de la enfermedad mental aleja a los individuos de los servicios sociosanitarios, dificultando la identificación de la esquizofrenia en estados prodrómicos o iniciales y la instauración del tratamiento precozmente, derivando en un peor pronóstico debido al deterioro progresivo que se acumula tras cada brote.

El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto las múltiples necesidades con las que conviven las personas diagnosticadas de esquizofrenia, desde las afectivas hasta las funcionales más básicas. Bajo esta perspectiva, se realiza una revisión de la bibliografía disponible y un programa de salud dirigido a la recuperación de las habilidades y capacidades afectadas en los pacientes esquizofrénicos que impiden un óptimo funcionamiento a nivel personal y comunitario.

Con el fin de prevenir la pérdida de la autonomía y la dependencia familiar e institucional, es fundamental comprender la esquizofrenia como un proceso parcialmente reversible, que permita tanto la prevención del deterioro general como la recuperación, a través de intervenciones psicosociales que eduquen en la enfermedad y en el control de los síntomas, potencien las habilidades sociales y capacidades cognitivas, y, en definitiva, mejoren la calidad de vida del paciente esquizofrénico.

## **SUMMARY**

People who suffer from a serious mental disorder, as is the case of schizophrenia, are sensitive to undergo a wide variety of emotional, behavioral and functional alterations whose effects can extend to any vital field of the human being, as the social, familiar, academic or work areas.

The stigma around the illness puts these individuals out of sociosanitary services making it difficult to identify the schizophrenia in an early stage, when there are some symptoms, and hindering the application of a precocious treatment, so that it degenerates into a worse state due to the progressive deterioration that is cumulatively left after each episode.

The aim of this report is to show the different needs that schizophrenic patients have, from the affective to the most basic functional ones. From this scope I make a revision of the available bibliography and I propose a health program destined to recover the skills and abilities that have been affected in schizophrenic patients preventing them from having a good functioning both in the personal and social areas.

With the objective of preventing the loss of autonomy and the dependence from family and institutions, it is necessary to understand schizophrenia as a partially reversible process, so that we can avoid the general deterioration and allow a recovery based on psychosocial interventions that educate about the illness and control of symptoms, empower the social abilities and the cognitive skills, and in general improve the quality of life of the schizophrenic patients.

## **1.INTRODUCCIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado por distorsiones de la percepción, pensamiento, afectividad, psicomotricidad y cognición (1). La presencia, gravedad y evolución de las alteraciones varía entre individuos (2), pero en la mayoría de los casos el debut sucede durante la adolescencia o inicio de la vida adulta, de forma insidiosa o como un brote agudo con delirios y/o alucinaciones, y continúa con un curso crónico, alternando episodios psicóticos y remisiones parciales, sin presentar el individuo conciencia de patología. La cronicidad y progresivo deterioro en el funcionamiento global se acompañan de un gran estigma que dificulta las relaciones sociofamiliares y oportunidades laborales (3).

Pese a la variabilidad clínica e inexistencia de síntomas patognomónicos (4), la American Psychiatric Association (APA) eliminó de la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) los diferentes subtipos de esquizofrenia existentes en función de la sintomatología predominante, e incluyó la enfermedad dentro de los trastornos caracterizados por la pérdida del contacto con la realidad (5).

Las cifras de prevalencia e incidencia al año de esquizofrenia son similares a nivel mundial, entre un 0.7-1.5% y 0.8 respectivamente, no existiendo diferencias entre sexos. Se estima que la edad de inicio media en el caso de los hombres se sitúa en torno a los 24 años, mientras que en las mujeres podría ser incluso una década más tarde, por lo que el pronóstico de la enfermedad se cree más desfavorable en el sexo masculino, presentando mayor deterioro (6). Los datos muestran que la presencia de la esquizofrenia en la sociedad no es excesivamente elevada, sin embargo, es una enfermedad con alto potencial incapacitante (7).

Hoy en día aún no se conocen con exactitud las causas que llevan a una persona a sufrir la enfermedad. La hipótesis del neurodesarrollo apunta a ciertas anomalías acontecidas durante el desarrollo del cerebro que interferirían posteriormente en la respuesta ante acontecimientos estresantes, respaldando la "teoría de la vulnerabilidad-estrés", de manera que la combinación de predisposición y ambiente desencadenarían en algún momento un primer brote psicótico. Por otro lado, la hipótesis de la neurodegeneración pretende comprender la esquizofrenia como una

enfermedad neurológica degenerativa e incluye la teoría dopaminérgica en su explicación (la más aceptada hasta el momento), responsabilizando a un desequilibrio del neurotransmisor de las principales alteraciones. De cualquier modo, se ha evidenciado que en la etiología de la esquizofrenia participan tanto las alteraciones genéticas que predisponen a padecer la enfermedad (con mayor heredabilidad del trastorno cuanto más cercano es el parentesco) como los factores ambientales que contribuyen a que éstas sean expresadas (entre los que destacan las infecciones o complicaciones perinatales, la edad de los padres, el estrés y el consumo de cannabis) (8).

Los principales síntomas se clasifican en tres bloques (anexo I). Los positivos o productivos se refieren principalmente a la pérdida del contacto con la realidad, en forma de trastornos del pensamiento (delirios), de la percepción (alucinaciones), del movimiento (desde la catatonia a la hiperactividad), así como desorganización del pensamiento (lenguaje incoherente) y de la conducta (extravagancia) (7). Los negativos abarcan la escasa involucración con el entorno, como por ejemplo el aislamiento social, anhedonia y avolición, y las alteraciones en la expresión emocional, como el aplanamiento afectivo (9). Los cognitivos se relacionan con trastornos de la atención, memoria, aprendizaje, funciones ejecutivas, cognición social o pensamiento abstracto (10), los cuales, junto a los negativos, se agravan tras cada brote y se relacionan muy estrechamente con el deterioro del funcionamiento general que sufre el paciente a lo largo de su ciclo vital y, por lo tanto, con el pronóstico individual (9).

Probablemente debido al estigma que gira en torno a la esquizofrenia, existe un gran número de personas que no son debidamente diagnosticadas y, por lo tanto, no reciben el tratamiento que requieren, aproximadamente un 25 y 50%, respectivamente (11). Un adecuado diagnóstico debe comprender una anamnesis completa que incluya antecedentes físicos y psicológicos personales y familiares, un examen neurológico, cognitivo y motor, acompañado de una tomografía axial computerizada, resonancia magnética y prueba de detección de sustancias ilegales (12); los profesionales suelen apoyarse en los criterios diagnósticos que establecen el DSM y el CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades) para el diagnóstico de esquizofrenia (13). Debe monitorizarse de forma indefinida

en el tiempo tanto la salud psíquica, por la frecuencia de patologías concurrentes, como depresión o consumo de sustancias tóxicas (14), como la física, debido al riesgo metabólico secundario a hábitos de vida insalubres y al tratamiento farmacológico.

Los antipsicóticos son los fármacos utilizados para controlar los síntomas positivos. Los de segunda generación presentan menos reacciones adversas que los primeros, pero la elección del medicamento más adecuado es individual en función de la respuesta clínica y tolerancia, pudiéndose utilizar en combinación en caso de ser necesario. Asimismo, es frecuente el uso adicional de otros grupos de fármacos para la sintomatología que queda descubierta, como antidepresivos o benzodiacepinas (12).

El reciente cambio conceptual respecto a la cronicidad de la esquizofrenia abre la puerta a la posibilidad de recuperación, entendida como el regreso a un estado de funcionamiento óptimo, dando paso a intervenciones psicosociales rehabilitadoras enfocadas a la recuperación cognitiva y social, disminución del estrés, e integración de las familias en el proceso, aunque pese a la evidencia científica de sus beneficios no han sido implementadas de forma definitiva en la asistencia habitual (15). Para que estas prácticas sean efectivas, debe tenerse siempre en cuenta la fase en la que se encuentra el paciente: activa, de estabilización, o estable (anexo II) (16).

Veintiún millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia, una de las quince principales enfermedades médicas causantes de discapacidad (17), que se acompaña de un estigma creciente en nuestra sociedad asociado a estereotipos, prejuicios y gran rechazo (18), devastadoras dificultades sociofamiliares y laborales, y altas cifras de mortalidad (el doble que la población general, en parte debido al suicidio y a los hábitos insalubres), convirtiéndola en un reto para la salud pública, debiéndose aunar esfuerzos tanto desde la sociedad como desde los propios servicios sanitarios, con el fin de asegurar una asistencia integral al paciente esquizofrénico (3). La coordinación entre las enfermeras generalistas y de salud mental representa una oportunidad para el paciente con trastorno mental, incidiendo en ámbitos que abarcan desde el diagnóstico precoz hasta la ejecución de intervenciones psicosociales (19), sin despreciar el peso de Enfermería en la adhesión al tratamiento farmacológico, adecuada

tan solo en el 42% de los casos de esquizofrenia, así como en la erradicación del estigma, a través de la educación de pacientes, familias y ciudadanía (20).



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

- Evidenciar la necesidad de una atención completa del paciente esquizofrénico que considere todos los aspectos psicosociales que conforman la vida del ser humano y que garantice una calidad de vida óptima.

### **2.2 Específicos**

- Comprender el amplio espectro de síntomas de la esquizofrenia.
- Reconocer la variabilidad individual del pronóstico y la oportunidad de recuperación.
- Determinar las intervenciones más eficaces según la evidencia científica.

### 3. METODOLOGÍA

Con el fin de revisar los conocimientos actuales sobre la esquizofrenia, se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Dialnet y Cochrane; libros: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10); actas de psiquiatría; Google académico; portales virtuales de sanidad: National Institute of Mental Health; gestores bibliográficos: Mendeley; y guías prácticas: Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, y Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial.

Posteriormente, se realiza un programa de salud dirigido a pacientes adultos jóvenes del centro de salud Casablanca que padecen esquizofrenia, estructurado en las siguientes fases: captación, curso formativo impartido por el psiquiatra para profundizar en los conocimientos sobre la esquizofrenia y materiales de evaluación, valoración inicial del estado clínico y funcional de los pacientes, planificación, preparación y ejecución de seis intervenciones consecutivas, y evaluación global final.

**Tabla 1. Metodología: sistema utilizado en la búsqueda bibliográfica**

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Palabras clave	Boleanos	Criterios inclusión	Criterios exclusión
Scielo	11	3	Neurobiología	Y	Lengua castellana e inglesa	Lengua no castellana o inglesa
Dialnet	12	4	Cognición	AND	Periodo 2009-2019	Anterior a 2009
Cuiden	7	2	Síntomas negativos	OR	Población adulta	Población infantil y adolescente
Cochrane	6	1	Síntomas positivos		Texto completo y gratuito	Psicosis de origen orgánico y tóxico
			Recuperación funcional		Ambos sexos	
			Rehabilitación Psicosocial			
			Antipsicóticos			
			Psicosis			

## **4. DESARROLLO**

### **4.1 Objetivos del programa**

#### General

- Reducir el deterioro del funcionamiento personal y social en pacientes adultos jóvenes que padecen esquizofrenia.

#### Específicos

- Adquirir conocimientos básicos sobre la enfermedad.
- Aprender a controlar la ansiedad.
- Involucrar a la familia en el proceso de enfermedad.
- Lograr un entorno familiar saludable.
- Potenciar las habilidades sociales y cognitivas.

### **4.2 Diagnósticos de Enfermería**

000193 Descuido personal r/c deterioro cognitivo y funcional m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

00053 Aislamiento social r/c alteraciones del estado mental m/p retraimiento y sentimientos de indiferencia.

00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.

### **4.3 Población diana**

El programa de salud está dirigido a mujeres y hombres adultos jóvenes, de entre veinte y treinta años, enfermos crónicos bajo diagnóstico de esquizofrenia, pertenecientes al centro de salud Casablanca, que presenten marcadas dificultades en el funcionamiento personal y social, y que se encuentren en fase estable de la enfermedad. Quedan excluidos aquellos sujetos que hayan sufrido una descompensación psicótica durante los cinco meses previos a la captación, o que presenten deterioro del funcionamiento leve o grave, con el fin de formar un grupo de trabajo homogéneo en cuanto a disfunciones, habilidades y capacidades.

#### 4.4 Recursos

Los recursos humanos están constituidos por: una enfermera de salud mental (coordinadora del programa), dos enfermeras generalistas, un psiquiatra, un psicólogo, dos terapeutas ocupacionales y una trabajadora social. Las sesiones se realizan durante la jornada laboral habitual, por lo que el gasto económico sólo se concentra en actividades que se alargan hasta la tarde. Para la realización de algunas intervenciones se cuenta con la colaboración de una monitora de Mindfulness y un músico.

Los recursos de infraestructura disponibles son: aula formativa del centro de salud con sillas y proyector, y salas del Centro Cívico y de la residencia "Pirineos", facilitados de forma altruista y pertenecientes al barrio Casablanca.

Los recursos materiales incluyen: cuestionarios, medios audiovisuales de apoyo, cuadernos de ejercicios cognitivos, láminas con dibujos, entre otros.

**Tabla 2. Desarrollo. Recursos: costes de los recursos**

Recursos	Gasto económico (euros)
Humanos -sueldo personal sanitario	2.000
-sueldo colaboradores	600
Materiales -diverso	400
-autobús	200
Infraestructura	0
<b><u>Total</u></b>	3.200

## **4.5 Estrategias**

La captación se realiza durante un mes y medio, ofreciendo información desde todos los departamentos del centro de salud, siendo derivados a Enfermería para ser entrevistados y cumplimentar el cuestionario PSP (Personal and Social Performance) (anexo III), destinado a evaluar el funcionamiento a través de cuatro áreas: autocuidado, actividades sociales, relaciones, y comportamientos perturbadores y agresivos.

La valoración inicial se realiza mediante entrevistas personales y cuestionarios, e incluye determinación de objetivos individuales. El material utilizado está diseñado específicamente para evaluar al paciente esquizofrénico y ha sido validado en la población española, obteniendo parámetros psicométricos de excelente calidad: la batería MCCB (MATRICS Consensus Cognitive Battery) (anexo IV) evalúa la situación cognitiva a través de cuestionarios que estudian la velocidad de procesamiento, fluidez verbal, atención y vigilancia, memoria de trabajo, verbal y visual, aprendizaje, razonamiento y solución de problemas, y cognición social; mediante la entrevista NSA-16 (Negative Symptom Assessment), se valora la sintomatología negativa a través de los factores: comunicación, emoción y afecto, implicación social, motivación y retraso.

Durante el programa se desarrollan intervenciones destinadas a la rehabilitación, cuyos beneficios en el paciente esquizofrénico presentan el máximo nivel de evidencia científica (Ia o Ib) y el mayor grado de recomendación (A) (anexo V). Cada una está dirigida por uno de los componentes del equipo, sin embargo, todos se encuentran presentes por respeto y compromiso con los pacientes, así como para llevar a cabo un correcto seguimiento del grupo.

El proyecto se extiende desde el día tres de junio de 2019 hasta el catorce de octubre, y la localización principal es el centro de salud.

## **4.6 Actividades**

### **4.6.1 “Psicoeducación: despidamos al estigma”**

**Objetivo:** adquisición de conocimientos básicos sobre la esquizofrenia por parte de pacientes y familiares.

**Dirección:** psiquiatría.

**Localización:** centro salud.

**Número y duración sesiones:** 5 (60 minutos).

**Metodología:**

Charlas educativas en las que cada profesional expone temario relacionado con su disciplina (anexo VI).

Se otorga un papel activo a los asistentes, realizando debates al finalizar cada tema, con el fin de evitar la desconexión y favorecer la comprensión.

En la última sesión, un testimonio estable de larga evolución y con buena adherencia al tratamiento comparte su experiencia de aprendizaje a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad, y los participantes tienen la oportunidad de consultar inquietudes a una persona con la que se identifican.

Recursos materiales: proyector.

#### **4.6.2 “Intervención familiar: la familia, el recurso máspreciado”**

**Objetivo:** lograr un entorno familiar saludable que actúe como factor protector frente a recaídas, así como construir una alianza terapéutica entre familiares y personal.

**Dirección:** psicología.

#### **Metodología:**

##### **1ª actividad**

Carrera grupal por parejas en la que familiar y paciente se encuentran unidos por una cuerda, obligados a compenetrarse para no caer ambos al suelo. Una vez entregados los premios a los tres primeros puestos, se lleva a cabo una terapia grupal en la que cada pareja comparte los aspectos positivos de la personalidad de la otra parte y cómo les ayudan en la vida diaria. Se procura en todo momento un ambiente relajado, que propicie la reflexión, expresión de emociones y aceptación del otro.

Localización: Parque Casablanca.

Número y duración sesiones: 1 (5 horas).

Recursos materiales: cuerdas, trofeos, confeti, megáfono, esterillas.

##### **2ª actividad**

Sesiones informativas impartidas a las familias en las que se explican los motivos de las conductas desadaptativas de los pacientes esquizofrénicos, entendidas como una expresión de la sintomatología principalmente negativa, así como las respuestas familiares más beneficiosas (anexo VII).

Localización: centro salud.

Número y duración sesiones: 4 (90 minutos).

Recursos materiales: proyector.

#### **4.6.3 “Keep calm”**

**Objetivos:** asimilación por parte de los pacientes de los motivos de aparición de la ansiedad y los principales mecanismos de control, con el fin de que sean incorporados en sus prácticas cotidianas para vivir de forma más sosegada.

**Dirección:** terapia ocupacional.

#### **Metodología:**

##### **1ª actividad**

Sesiones teóricas en las que se aborda la fisiología de la ansiedad y los ejercicios para su control (anexo VIII).

Localización: centro salud.

Número y duración sesiones: 4 (90 minutos).

Recursos materiales: proyector.

##### **2ª actividad**

Jornada al aire libre, en contacto con la naturaleza, con el fin de favorecer la relajación e introspección. Se realiza una ruta de senderismo, un picnic en el merendero, y se llevan a la práctica los ejercicios de relajación aprendidos en la sesión formativa con la ayuda de una monitora de Mindfulness.

Localización: Muel.

Número y duración sesiones: 1 (9 horas).

Recursos materiales: autobús, cantimploras, bocadillos, esterillas, equipo de música.



#### **4.6.4 “Musicoterapia: compón la melodía de tu vida”**

**Objetivo:** potenciar las capacidades de abstracción, expresión e imaginación a través de la música.

**Dirección:** trabajadora social.

**Localización:** Centro Cívico Casablanca y residencia “Pirineos”.

**Número y duración sesiones:** 10 (120 minutos).

**Metodología:**

Composición de una canción con la ayuda de un músico profesional que aporta la guitarra, y exposición final en la residencia de ancianos del barrio.

Recursos materiales: folios, bolígrafos, guitarra.

#### **4.6.5 “Entrenamiento de habilidades sociales”**

**Objetivo:** adquisición de habilidades sociales por parte de los pacientes con el fin de lograr una adecuada adaptación al medio y evitar el aislamiento.

**Dirección:** Enfermería.

**Localización:** centro salud.

**Número y duración sesiones:** 10 (120 minutos).

#### **Metodología:**

Sesiones prácticas de terapia cognitivo-conductual destinadas a modificar comportamientos a través de dos tipos de entrenamiento: modelo básico y modelo de resolución de problemas.

Al principio de cada sesión, se exponen los objetivos y métodos, y al finalizar, se mandan tareas relacionadas con las áreas trabajadas a realizar en el entorno habitual del paciente, con el fin de generalizar los aprendizajes aplicándolos en la vida real; estas prácticas deben ser registradas en papel y entregadas en la siguiente sesión para ser evaluadas y debatidas entre todos los asistentes.

- **Modelo básico (role-playing)**

Las terapeutas ofrecen una lista cerrada de situaciones potencialmente conflictivas para que los pacientes puedan elegir la que prefieren practicar (recibir halagos o críticas, una discusión en el hogar, etc.). Las enfermeras ejecutan la conducta deseada para esa situación, con el fin de que los pacientes puedan observarla. Por parejas, los asistentes practican la conducta una y otra vez con el propósito de perfeccionar su ejecución, intercambiando los papeles cada cinco minutos. Las enfermeras examinan cada pareja, informando acerca de posibles mejoras en la realización de la conducta y premiando las que se llevan a cabo de manera adecuada a través de tickets; el que más tickets reúne al final de esta actividad obtiene una bicicleta de regalo, y el segundo, una entrada de cine gratuita.

En todo momento se promueve un ambiente dinámico y divertido en el que todo el mundo se sienta cómodo, y para facilitar el aprendizaje se cuenta con material audiovisual de apoyo.

Recursos materiales: tickets, bicicleta, entrada cine, proyector.

- **Modelo de resolución de problemas**

Los pacientes aprenden un sistema de razonamiento estandarizado destinado a afrontar los problemas que aparecen a lo largo de la vida. Las enfermeras explican paso a paso el proceso y los pacientes van contestando de forma individual en sus folios.

Primero se identifica el conflicto a través de una serie de preguntas como, por ejemplo: ¿qué situación le genera angustia con frecuencia?, ¿cómo responde?.

Una vez seleccionado el problema, el paciente debe imaginar cómo querría realmente que fuera esa situación, y marca objetivos realistas al respecto.

A continuación, se elabora una lista de posibles soluciones desde diferentes puntos de vista. En este punto del proceso, se solicita que cada uno comparta en voz alta su problema y posibles soluciones, dando la oportunidad al resto de compañeros de ofrecer alternativas, colaborando unos con otros.

Con el fin de seleccionar la solución más adecuada, se propone evaluar cada una de manera independiente: se realiza un cuadro de beneficios y perjuicios a corto y largo plazo para cada solución, sumando un punto por cada beneficio y restando otro por cada perjuicio, para finalmente obtener la puntuación final de cada solución; la más alta debería ser la opción seleccionada para llevar a cabo.

Por último, con el fin de confeccionar un plan de acción para ejecutar la conducta en el plano personal, se pasan una serie de preguntas cerradas como, por ejemplo: ¿en qué momento será llevada a cabo?, ¿qué inconvenientes podrían surgir durante la puesta en marcha?

El proceso se repite abordando problemas de diferente naturaleza, con el objetivo de comprender y sistematizar el mecanismo.

Recursos materiales: folios, lápices, gomas de borrar.

#### **4.6.6 “Rehabilitación cognitiva”**

**Objetivo:** corregir las alteraciones cognitivas, presentes en el 60-80% de los casos y estrechamente relacionadas con el pronóstico individual (21), atenuando los déficits y potenciando las capacidades mantenidas.

**Dirección:** Enfermería.

**Localización:** centro salud.

**Número y duración sesiones:** 10 (120 minutos).

#### **Metodología:**

##### **1ª actividad**

Charlas educativas en las que se expone el concepto de cognición, la implicación de estas capacidades en el funcionamiento cotidiano y los mecanismos de compensación existentes (anexo IX).

Recursos materiales: proyector.

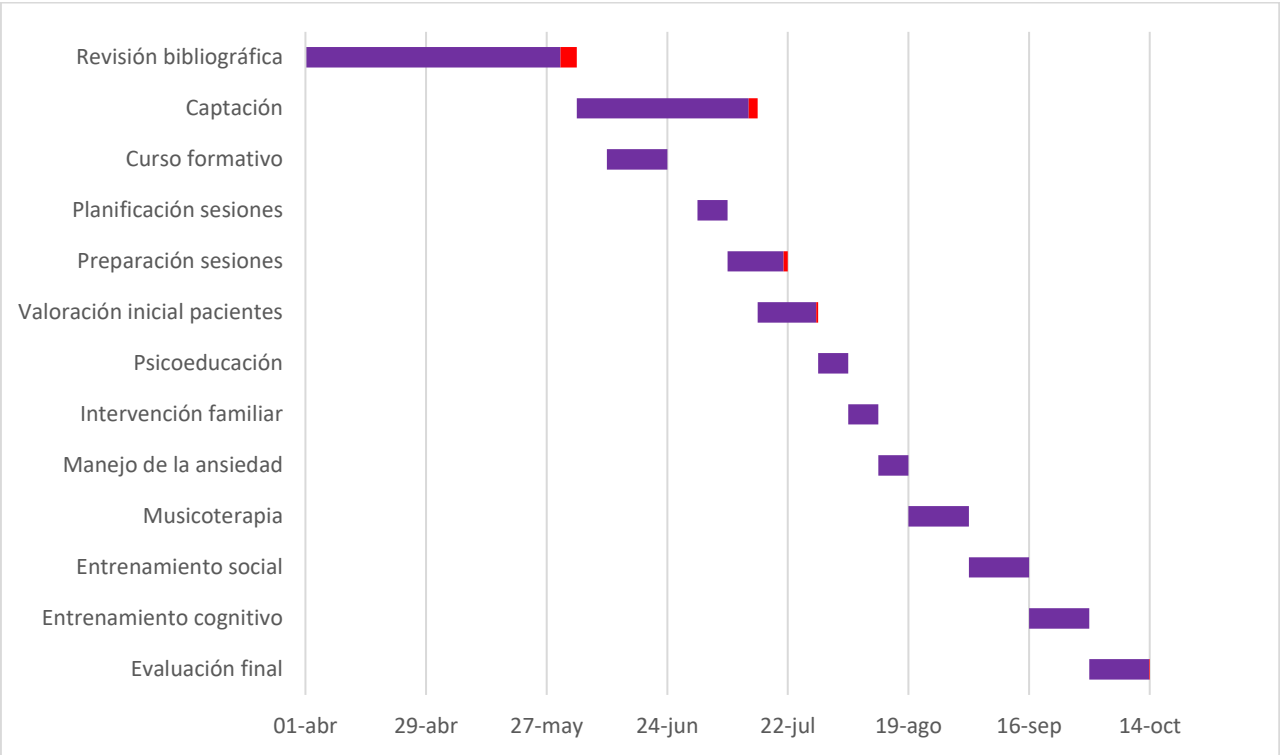
##### **2ª actividad**

Ejercicios orales y escritos destinados a potenciar diferentes aspectos de la cognición, como la atención, la empatía o las funciones ejecutivas (anexo X).

Recursos materiales: cuadernos de ejercicios, folios, bolígrafos, láminas.

4.7 Cronograma

**Tabla 3. Desarrollo. Cronograma: diagrama de Gantt**  
**-Fechas de las diferentes etapas del programa-**



## **5. EVALUACIÓN**

### **Estructura**

Pacientes, familias y profesionales evalúan al final del programa los recursos utilizados mediante un cuestionario elaborado por el personal y constituido por tres apartados:

- R.Humanos: implicación, puntualidad, habilidad para captar la atención de los participantes, empatizar y crear ambientes dinámicos y participativos.
- R.Materiales: suficiencia, calidad.
- R.Infraestructura: adecuación de la iluminación, ventilación, temperatura, mobiliario y dimensión de los espacios.

### **Proceso**

La evaluación de los servicios ofertados se lleva a cabo mediante:

- Reuniones del personal tras finalizar cada sesión para debatir sobre la asistencia, bajas, participación y clima generado, y una reunión al final del programa para revisar la concordancia entre lo planificado y ejecutado: tiempo y lugar de realización de las actividades, etc.
- Cuestionario de satisfacción cumplimentado por los pacientes y familiares durante la evaluación final.

### **Resultados**

La valoración de los resultados obtenidos se realiza mediante:

- Repetición durante la evaluación final de las entrevistas y cuestionarios utilizados en la captación y en la valoración inicial, con el fin de comprar el estado de salud psicoafectivo y las habilidades sociocognitivas antes y después de recibir la asistencia, así como el alcance de los objetivos propuestos.
- Cuestionarios elaborados por el personal relacionados con la temática de cada intervención, cumplimentados antes y después de cada una de ellas para evaluar el grado de conocimientos adquiridos.

## **6.CONCLUSIONES**

El curso de la esquizofrenia varía entre individuos y se encuentra influenciado en gran medida por la calidad del tratamiento que reciben. Los servicios sanitarios deben actuar de forma responsable al respecto, procurando la rehabilitación sociocognitiva, trabajando bajo el contexto de recuperación, a través de intervenciones psicosociales que eduquen en la enfermedad, fortalezcan habilidades como el afrontamiento al estrés, manejo de la ansiedad o resolución de conflictos, e involucren a las familias en el proceso de enfermedad, asesorándolas y protegiéndolas frente a la carga emocional que supone la convivencia con un enfermo mental, todo ello con el fin de potenciar la autonomía del paciente, favorecer su integración en la comunidad y erradicar el estigma, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas y de los familiares que ejercen el rol de cuidadores.

En ese sentido, se realiza un programa de rehabilitación psicosocial con el fin de garantizar la protección de la salud, en todas sus dimensiones, de los pacientes esquizofrénicos.



## **7. BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Asensio Villahoz, P., Salido Campos, C., Anso Borda, I., et al. Manual de codificación CIE-10ES Diagnósticos. 2a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2018.
- 2) Cuevas Yust, C., Perona Garcelan, S. Evaluación conductual de la esquizofrenia. Apuntes de psicología [Internet]. 2012 [citado 02 Abr 2019];78(1-3):145-154. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4855085>.
- 3) Vargas Baldares, MJ. Esquizofrenia: detección oportuna en atención primaria. Rev Med Cos Cen [Internet]. 2013 [citado 04 Abr 2019];70(606):295-301. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44008>.
- 4) Organización Panamericana de la salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ª revisión. Vol 2. Washington DC: OPS; 2003.
- 5) Montaña, L., Nieto, T., Mayorga, N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Rev Vang Psicol Clín Teór Práct [Internet]. 2013 [citado 07 Abr 2019];4(1):86-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>.
- 6) Aragón Moyano, F. Paciente con esquizofrenia: proceso de Enfermería. Ene [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2019];8(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
- 7) NIMH [Internet]. Executive Boulevard: NIMH; 2015 [actualizado 2016; citado 15 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>.
- 8) Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D., Sánchez Páez, P. Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. Clin Sal [Internet]. 2010 [citado 20 Abr 2019];21(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300004&script=sci_arttext&tlng=pt).

- 9) Fonseca, E., Inchausti, F., Ortuño, J., Gutiérrez, C., Gooding, D., Paino, M. Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico. *Pap Psicol* [Internet]. 2015 [citado 1 May 2019];36(1):33-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77834057005.pdf>.
- 10) Lozano, C., Lyda, M., Acosta, R. Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Rev Med* [Internet]. 2009 [citado 4 May 2019];17(1):87-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/910/91020345013.pdf>.
- 11) Interpsiquis [Internet]. Murcia: Cibermedicina; 2004 [actualizado 04 May 2019; citado 8 May 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/258290237\\_Esquizofrenia\\_Avances\\_durante\\_los\\_anos\\_2010\\_y\\_2011](https://www.researchgate.net/publication/258290237_Esquizofrenia_Avances_durante_los_anos_2010_y_2011).
- 12) Castillo Alarcón, MP., Bellido, M., Ventura, A. Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Rev Enf Salud Ment* [Internet]. 2016 [citado 10 May 2019];1(5):15-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6147731>.
- 13) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Vol 2. 5ª ed. Arlington: APA publishing; 2013.
- 14) Serrano Drozdowskyj, E. Transiciones diagnósticas hacia la esquizofrenia [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=36320>.
- 15) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, Fòrum de Salut Mental, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona:Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;2009.
- 16) Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Echeburúa, E. Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas psiq* [Internet]. 2013 [citado 15 May 2019]; 41(1):52-59. Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-52-59-311703.pdf>.

- 17) Jerez Barranco, D. Repercusiones sociofamiliares en el Trastorno Mental Grave. Arch Mem [Internet]. 2018 [citado 19 May 2019];15. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/am/article/view/e01504/e01504>.
- 18) Rigol Cuadra, A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?. Presencia [Internet]. 2006 [citado 20 May 2019];2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n4/55articulo.php>.
- 19) Gillies, D., Buykx, P., Parker, A., Hetrick, S. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [Internet]. NY:John Wiley & Sons; 2015 [citado 24 May 2019]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007193.pub2/full/es>.
- 20) García, I., Granada, JM., Leal, M., Sales, R., Lluch, M., Fornés, J., et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas psiq [Internet]. 2010 [citado 25 May 2019];38(1):1-45. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>.
- 21) González Cases, J., Rodríguez González, A. Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. Clin Sal [Internet]. 2010 [citado 26 May 2019];21(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009).
- 22) amafe.org [Internet]. Madrid: amafe; 2019 [citado 27 May 2019]. Disponible en: <https://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/sintomas-esquizofrenia/>.
- 23) Colciencias, Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. Bogotá;2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IE-TS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>.

24) Cibersam [Internet].Madrid: Consorcio centro de investigación biomédica en red MP.2015[citado 27 Mayo 2019].Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>.

## 8. ANEXOS

### Anexo I. Síntomas positivos, negativos y cognitivos (22)

Positivos	Negativos	Cognitivos
<p><u>Alucinaciones</u> Alteración perceptiva en la que se experimenta una sensación sin una causa externa que la haya producido. Auditivas, visuales, táctiles, gustativas, olfatorias.</p> <p><u>Delirios</u> Creencias ilógicas e irrefutables. De persecución, grandeza, referenciales...</p> <p><u>Desorganización del pensamiento</u> Se traduce en lenguaje y expresión desorganizada, con incoherencias del discurso o distraibilidad.</p> <p><u>Alteraciones en el comportamiento</u> Conductas extraordinarias secundarias a los delirios o alucinaciones.</p>	<p><u>Asociabilidad</u> Falta de interés en las relaciones que conduce al aislamiento social.</p> <p><u>Anhedonia</u> Pérdida de sensaciones placenteras ante actividades que antes disfrutaba.</p> <p><u>Avoliación</u> Disminución de la voluntad para iniciar o mantener actividades.</p> <p><u>Aplanamiento afectivo</u> Indiferencia afectiva hacia lo que le rodea.</p> <p><u>Alogia</u> Reducción del habla, de la espontaneidad y fluidez del discurso.</p>	<p><u>Atención</u> Sostenida: vigilancia. Dividida: más de un estímulo simultáneo.</p> <p><u>Memoria</u> Episódica/autobiográfica: dificultades en el registro y evocación de experiencias pasadas.</p> <p><u>Funciones ejecutivas</u> Alteraciones en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades cotidianas.</p>

## Anexo II. Fases de la esquizofrenia (23)

Fase	Características clínicas
<b>Fase Aguda</b>	<p>Síntomas psicóticos graves, como delirios o alucinaciones, y pensamiento gravemente desorganizado.</p> <p>El paciente no es capaz de cuidar de sí mismo de forma apropiada.</p> <p>Síntomas negativos pasan a ser también más intensos.</p>
<b>Fase de estabilización o poscrisis</b>	<p>Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).</p>
<b>Fase estable o de mantenimiento</b>	<p>La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable; en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda.</p> <p>Hay síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.</p> <p>Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).</p> <p>Las características de esta fase recuerdan los pródromos, predominan síntomas afectivos.</p>

### **Anexo III. Escala del funcionamiento personal y social (PSP) (24)**

**1.** Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el último mes en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los criterios operativos que a continuación se facilitan. Observe que existen unos criterios comunes para las áreas a) a c) y otros criterios específicos para el área d).

	ausente	leve	manifiesta	marcada	grave	muy grave
a) autocuidado						
b) actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio						
c) relaciones personales y sociales						
d) comportamientos perturbadores y agresivos						

#### **Niveles de gravedad áreas a) a c)**

1.Ausente.

2.Leve: solamente conocida por alguien muy cercano a la persona.

3.Manifiesta: dificultades claramente perceptibles por cualquiera, aunque no interfieren sustancialmente con la capacidad de la persona para realizar su rol en dicha área, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, edad, sexo y nivel de educación de la persona.

4.Marcada: las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño del rol en esas áreas; sin embargo, la persona todavía es capaz de realizar algunas cosas sin ayuda profesional o social, si bien inadecuada u ocasionalmente; si ayudada por alguien es capaz de alcanzar el nivel de funcionamiento anterior.

5.Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar cualquier rol en esa área si no es ayudada profesionalmente, o lleva a la persona a un rol destructivo, sin embargo, no hay riesgos de supervivencia.

6.Muy grave: deterioros y dificultades de tal intensidad como para poner en peligro la supervivencia de la persona. El riesgo de suicidio debe tenerse en cuenta tan sólo en la medida en que la rumiación suicida interfiere con el funcionamiento social.

### **Niveles de gravedad área d)**

1.Ausente.

2.Leve: grosería, insociabilidad o quejas leves.

3.Manifiesta: hablar demasiado alto o hablar con otros de una forma demasiado familiar o comer de una forma socialmente inaceptable.

4.Marcada: insulta a otros en público, rompe o tira objetos, actúa frecuentemente de una forma socialmente inapropiada pero no peligrosa (p.ej, desnudarse u orinar en público), no ocasionalmente.

5.Grave: amenazas verbales o agresiones físicas frecuentes, sin intención ni posibilidad de lesiones graves, no ocasionalmente.

6.Muy grave: actos agresivos dirigidos a o con gran probabilidad de causar lesiones graves, no ocasionalmente.

- Un comportamiento perturbador o agresivo se considera solo ocasionalmente si ha tenido lugar solo 1-2 veces durante el periodo evaluado y los profesionales y cuidadores creen que es muy improbable que vuelva a producirse en los próximos 6 meses. Si el comportamiento se considera ocasional, la puntuación debería reducirse 1 grado (p.ej., de grave a marcada).

**2.** Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: a) actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio; b) relaciones personales y sociales; c) autocuidado; y d) comportamientos perturbadores y agresivos.

- 100-91: funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta



adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado en un amplio rango de intereses y actividades.

- 90-81: funcionamiento bueno en las 4 áreas, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes.
- 80-71: dificultades leves en una o más áreas de la a) a la c).
- 70-61: dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas de la a) a la c), o dificultades leves en d). En el área b) incluya aquí el empleo protegido si el rendimiento es bueno.
- 60-51: dificultades marcadas en sólo un área de la a) a la c) o dificultades manifiestas en d).
- 50-41: dificultades marcadas en dos o tres áreas de la a) a la c), o dificultades graves en sólo un área de la a) a la c) sin dificultades marcadas en las otras 2 áreas; no dificultades marcadas en d).
- 40-31: dificultades graves en sólo un área de la a) a la c) y dificultades marcadas en al menos una de las otros dos; o dificultades marcadas en d).
- 30-21: dificultades graves en dos áreas de la a) a la c); o dificultades graves en d), incluso si no hay dificultades graves o marcadas en las áreas de la a) a la c).
- 20-11: dificultades graves en todas las áreas de la a) a la c); o muy graves en d), incluso si no hay dificultades graves en las áreas de la a) a la c). Si la persona reacciona a provocaciones externas, se sugiere puntuaciones entre 20 y 16; si no, las puntuaciones sugeridas son entre 15 y 11.
- 10-1: falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgo de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, por ejemplo, riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5).

### **3.**Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos

- El nivel de disfunción en otras áreas deberá tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (p.ej., de 31 a 40), como:
  - Cuidados de salud física y psicológica.
  - Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda.
  - Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial.
  - Relaciones íntimas y sexuales.
  - Cuidado de los niños.
  - Red social, amigos y colaboradores.
  - Ajuste a las normas sociales.
  - Intereses generales.
  - Uso del transporte, teléfono.
  - Estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis.
- El riesgo y el comportamiento suicida no se tienen en cuenta en esta escala.

### **4.**Registre, entre 1-100, la puntuación final:

## Anexo IV. Batería MCCB (24)

<b>Dominio cognitivo</b>	<b>Prueba</b>	<b>Descripción</b>
Velocidad procesamiento	Breve evaluación de la cognición en esquizofrenia (BACS): codificación de símbolos	Prueba cronometrada de papel y lápiz en la que el encuestado usa una tecla para escribir dígitos que corresponden a símbolos sin sentido
	Fluidez de la categoría: nombres de animales	El encuestado nombra tantos animales como pueda en 1 minuto
	Prueba para hacer senderos: parte A	Dibuja una línea para conectar círculos numerados consecutivamente colocados irregularmente en una hoja de papel, cronometrado
Atención/vigilancia	Prueba de rendimiento continuo: pares idénticos (CPT-IP)	Medida de atención sostenida administrada por computadora en la cual el encuestado presiona un botón de respuesta para obtener números coincidentes consecutivos
Memoria de trabajo (no verbal)	Wechsler Memory Scale (WMS-III): espacio espacial	Usando una tabla en la que diez cubos están espaciados irregularmente, toca los cubos en la misma secuencia (o inversa) que el administrador de la prueba
Memoria de trabajo (verbal)	Letra – Número Span	Reordena mentalmente cadenas de números y letras y las repite al administrador
Aprendizaje verbal	Prueba de aprendizaje verbal de Hopkin – Revisada (HVLIT-R)	Se presenta una lista de doce palabras de tres categorías taxonómicas y se pide al encuestado que recuerde la mayor cantidad posible después de cada una de las tres pruebas de aprendizaje
Aprendizaje visual	Prueba leve de memoria visuoespacial – Revisada (BVMT-R)	Consiste en reproducir seis figuras geométricas de memoria
Razonamiento y resolución de problemas	Neuropsychological Assessment Battery (NAB): laberintos	Siete laberintos cronometrados de papel y lápiz de dificultad creciente que miden la previsión y planificación
Cognición social	Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT): manejando las emociones	Prueba de selección múltiple en papel y lápiz que evalúa cómo las personas manejan sus emociones

## ANEXO V. Niveles de evidencia y grado de recomendación de las intervenciones psicosociales (15)

### Niveles de evidencia científica

Las definiciones de los niveles de evidencia científica utilizadas son las de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, US Agency for Healthcare Research and Quality).

Nivel	Tipo de evidencia científica
Ia	La evidencia científica procede de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

### Grados de recomendaciones

La clasificación de las recomendaciones es la que la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) propuso a partir de los anteriores niveles.

Grado	Recomendación
A (Niveles de EC Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica
B (Niveles de EC IIa, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C
C (Nivel de EC IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad

## **Grado de recomendación de las intervenciones llevadas a cabo durante el programa**

<b>Rehabilitación cognitiva</b>	
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia.
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno cotidiano del paciente con esquizofrenia.

<b>Entrenamiento en habilidades sociales</b>	
<b>A</b>	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados.
<b>B</b>	El entrenamiento en habilidades sociales debe estar disponible para pacientes con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social.

<b>Psicoeducación</b>	
<b>A</b>	Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual.
<b>C</b>	Se recomienda graduar la transmisión de información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente

<b>Intervención familiar</b>	
<b>A</b>	Se recomiendan los programas de intervención familiar (IF) para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico.
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución. En pacientes con inicio reciente de la enfermedad habrá que valorar cada situación de forma individualizada.
<b>A</b>	Debe ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo de aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente.
<b>A</b>	Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses).
<b>A</b>	Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos teniendo en cuenta la emoción expresada y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente, serán añadidos al tratamiento habitual y con una duración que nunca será inferior a seis meses para que resulte efectiva.
<b>A</b>	Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas.
<b>A</b>	Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas.
<b>A</b>	Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares.
<b>A</b>	Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias, como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas.
<b>B</b>	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores.
<b>B</b>	Los programas de IF deberían durar más de nueve meses e incluir características de compromiso, apoyo y desarrollo de habilidades, no simplemente información o conocimiento compartido.
<b>C</b>	Se recomienda transmitir de forma gradual la información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del

## **Anexo VI. Contenido de la psicoeducación.**

### El psiquiatra informa:

- causas de la enfermedad según el modelo de “vulnerabilidad-estrés”
- descripción de los principales tipos de delirios y alucinaciones y la importancia de la adhesión al tratamiento farmacológico para su prevención y control

### El psicólogo informa:

- descripción de la sintomatología negativa y cognitiva
- tratamiento psicosocial rehabilitador

### Las enfermeras informan:

- autonomía en el manejo de la medicación: pastilleros
- factores de riesgo y factores protectores de recaídas
- pródromos previos a una reagudización y planes de prevención

### Las terapeutas ocupacionales informan:

- ocupación: concepto y beneficios
- ocio y tiempo libre
- ABVD y AIVD

### La trabajadora social informa sobre los recursos y activos de la ciudad:

- vivienda: autónoma, ayuda domiciliaria, tutelada, residencia
- empleo: entrenamiento prelaboral, protegido, con apoyo
- economía: ayudas económicas Seguridad Social, gestión dinero
- rehabilitación: centros de día y unidades de media y larga estancia
- servicios: utilización de los servicios públicos sociosanitarios y privados

## **Anexo VII. Contenido sesión informativa de la intervención familiar.**

- emoción expresada: concepto y perjuicios ocasionados
- actitudes de la familia: aconsejables y desaconsejables
- aportaciones de la familia para contrarrestar la abolición, abulia, anhedonia y desorganización

## **Anexo VIII. Contenido sesiones teóricas sobre manejo de ansiedad.**

- tipos de ansiedad: adaptativa y desadaptativa
- respuestas fisiológicas ante acontecimientos amenazantes
- concepto de indefensión aprendida
- control: -TCC: resolución de problemas, estrategias de afrontamiento
  - ejercicios de relajación de la musculatura
  - respiración

## **Anexo IX. Contenido sesiones teóricas de rehabilitación cognitiva.**

- cognición: concepto y elementos que la conforman
- implicaciones en los ámbitos vitales del ser humano
- trascendencia de las funciones ejecutivas en las AVD
- alteraciones cognitivas en la esquizofrenia
- ejercicios de rehabilitación cognitiva

## **Anexo X. Ejemplos de ejercicios de la rehabilitación cognitiva.**

### Memoria

El terapeuta describe situaciones imaginarias, aportando diferentes detalles que al finalizar son preguntados a los pacientes.

"María se levantó temprano, se duchó, preparó el desayuno de su hijo Manuel y salió a comprar el pan; la panadera, que siempre la recibe con una sonrisa, le ofreció una barra caliente recién hecha..."

"¿A quién le preparó el desayuno María? ¿la panadera fue amable?"

### Fluidez verbal

El terapeuta enuncia una palabra y los participantes deben aportar, en primer lugar, sinónimos, después antónimos, y por último, palabras pertenecientes al mismo semántico.

### Empatía y reconocimiento de sentimientos ajenos

El terapeuta recita un poema y cada asistente debe explicar qué ha entendido del poema.

"Triste, levanté la mirada y me apoyé en el mar, con la esperanza de que apareciera su reflejo entre las olas..."

"Es un chico enamorado que extraña a la persona amada".

### Atención y discriminación de la información visual

Se ofrecen rondas de dos láminas diferentes con dibujos de lugares (cocina, oficina, escuela, por ejemplo) o contextos (como puede ser una discusión de pareja o dos amigas tomando café) y los pacientes deben nombrar similitudes y diferencias entre las láminas.

"En ambas láminas se visualiza una ventana de fondo, pero en la lámina de la izquierda los personajes parecen enfadados y, sin embargo, en la de la derecha sonríen".